

様式第2号（第8条関係）

大人の風しん予防接種費用請求書

年 月 日

富岡市長 様

住 所

医療機関名

代 表 者 名

印

次のとおり請求します。

請 求 金 額	円
---------	---

内 訳

区 分		単 価	件数（件）	金 額
風しん単独ワクチン		3, 0 0 0 円		円
麻しん風しん混合（MR）ワクチン		5, 0 0 0 円		円
生活保護受給者	単独ワクチン	円		円
	混合ワクチン	円		円
計				円

*予診票原本を添付してください。

振込金融機関名	銀行・金庫・組合 本店・支店・支所	
金融機関コード	金融機関コード番号	店舗コード番号
預 金 の 種 別	普 通 当 座 その他	
口 座 番 号		
フリガナ		
口 座 名 義 人		

注：記載事項に誤りがある場合、口座振替ができなくなりますので、ご注意ください。